



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Análisis de los diagnósticos realizados en la actividad ambulatoria dermatológica en España: muestreo aleatorio nacional DIADERM



A. Buendía-Eisman^a, S. Arias-Santiago^{a,b,*}, A. Molina-Leyva^b, Y. Gilaberte^c,
P. Fernández-Crehuet^d, H. Husein-ElAhmed^e, A. Viera-Ramírez^f,
P. Fernández-Peñas^g, R. Taberner^h, M.Á. Descalzoⁱ e I. García-Doval^{i,j}

^a Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^c Unidad de Dermatología, Hospital San Jorge, Huesca, España

^d Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

^e Hospital General de Baza, Granada, España

^f Servicio de Dermatología, Hospital Santa Catalina, Las Palmas de Gran Canaria, España

^g The University of Sydney, Department of Dermatology, Westmead Hospital, Westmead, New South Wales, Australia

^h Departamento de Dermatología, Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

ⁱ Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Vigo, Vigo, España

^j Unidad de Investigación, Fundación Piel Sana AEDV, Madrid, España

Recibido el 29 de agosto de 2017; aceptado el 9 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos;
Codificación;
Consulta externa
hospitalaria;
Actividad
ambulatoria;
Servicios
dermatología;
España;
Muestreo aleatorio;
Encuesta;
Estudio transversal;
Prevalencia

Resumen

Introducción: La actividad principal realizada por dermatólogos tiene lugar en la consulta externa hospitalaria o en los centros privados. A diferencia de la actividad hospitalaria, que es fácilmente codificada, no existen datos globales sobre los diagnósticos realizados por los dermatólogos en estos niveles. El objetivo de este estudio es analizar los diagnósticos realizados en las consultas de dermatología de los miembros de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) en España.

Metodología: A partir del listado de dermatólogos de la AEDV se obtuvo una muestra aleatoria estratificada por secciones territoriales de la AEDV. A los dermatólogos participantes se les instruyó en la forma de recoger los datos. Cada participante recogió los diagnósticos y otros datos de los pacientes atendidos durante 6 días de consulta en 2 fases (3 días en enero y 3 días en mayo). Posteriormente la codificación de los diagnósticos la realizó un dermatólogo experto empleando la CIE-10. El análisis se realizó considerando el diseño muestral complejo empleado para corregir los errores estándar y el ajuste para poblaciones finitas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvadorarias@ugr.es (S. Arias-Santiago).

Resultados: Se muestrearon 124 dermatólogos. Finalmente participaron en el estudio el 65% de los dermatólogos muestreados en la primera fase y el 59% en la segunda. El número de pacientes estimados que consultan al dermatólogo en toda España por mes sería de 621.562 (IC 95%: 368,130-874,995), con un promedio de 28 (25-31) pacientes por día de consulta. El diagnóstico más frecuente fue el de queratosis actínica, seguido de carcinoma basocelular y nevus melanocítico. La forma habitual de evaluar a los pacientes es mediante visita presencial y en el 1% (0,3%-3%) de los casos se realiza teledermatología.

Conclusiones: Se trata del primer estudio de ámbito nacional que analiza diagnósticos hechos en las consultas de dermatología de los miembros de la AEDV, mostrando una alta carga asistencial. Dicha información además será de utilidad para realizar una correcta planificación sanitaria, aprovechamiento de los recursos y planificar futuros estudios.

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.

KEYWORDS

Diagnoses;
Coding;
Outpatient clinic;
Outpatient activity;
Dermatology
services;
Spain;
Random sampling;
Survey;
Cross-sectional study;
Prevalence

Outpatient Dermatological Diagnoses in Spain: Results From the National DIADERM Random Sampling Project

Abstract

Introduction: Dermatologists perform most of their work in outpatient or private clinics. Data on the diagnoses made by dermatologists in these settings are lacking, however, as outpatient activity, unlike hospital activity, is difficult to code. The aim of this study was to analyze the diagnoses made by members of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV) at dermatology clinics in Spain.

Methodology: We selected a random sample of AEDV dermatologists drawn from the AEDV list and stratified by geographic area. The selected dermatologists received instructions on how to collect the data required. Each participant recorded the diagnosis reached and other data for patients seen during 2 specified periods: 3 days in January and 3 days in May. The diagnoses were subsequently coded by a dermatologist expert in applying the International Classification of Diseases (10th revision). In view of the complex nature of the sample, data were analyzed with standard error and finite population corrections.

Results: The sample consisted of 124 dermatologists. Of these, 65% participated in the first phase of the study and 59% in the second. An estimated 621 562 patients (95% CI, 368 130-874 995) visit the dermatologist every month in Spain. This is the equivalent of 28 (25-31) patients per day per clinic. The most common diagnosis recorded was actinic keratosis, followed by basal cell carcinoma and melanocytic nevus. The vast majority of visits took place at the clinic, but 1% of patients (0.3%-3%) were assessed using teledermatology.

Conclusions: This is the first study in Spain to analyze diagnoses made by AEDV members at outpatient dermatology clinics. Our findings show a high volume of activity and will be useful for guiding health care planning, resource use, and future studies.

© 2018 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of AEDV.

Introducción

La mayor parte de la actividad dermatológica diaria realizada en España es ambulatoria o en consulta externa hospitalaria, y no existen datos globales sobre los diagnósticos de los pacientes atendidos a este nivel. Los estudios realizados por dermatólogos son locales, retrospectivos, centrados en una única enfermedad o realizados en otros entornos, como la consulta de atención primaria¹⁻⁵.

En un estudio comparativo de los motivos de consulta frecuentes en dermatología entre población inmigrante y autóctona de Palma de Mallorca se observó que los tumores benignos fueron el principal motivo de consulta, seguido de la enfermedad inflamatoria y dermatosis víricas con un total de 213 diagnósticos diferentes durante el periodo del

estudio (un año)³. Sin embargo, cuando se analiza la población mayor de 65 años el diagnóstico más frecuente es el carcinoma basocelular seguido de queratosis actínicas, como muestra otro estudio realizado en Granada en este subgrupo poblacional².

Un análisis reciente de la carga de las enfermedades cutáneas en Estados Unidos mostró que el 26,9% de los individuos fueron visitados por enfermedades cutáneas en 2013, generando unos costes directos e indirectos elevados y comparables a los de otras afecciones como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares⁶. Por todo ello, teniendo en cuenta el volumen elevado de pacientes que se visitan anualmente en las consultas de dermatología, tener un conocimiento certero sobre la enfermedad más prevalente favorecería el análisis de la gestión y los costes derivados del tratamiento de dicha afección, y la distribución de los

recursos disponibles de forma más eficiente para poder dar respuesta a esa demanda.

No existe una descripción de los diagnósticos hechos por dermatólogos en España que asegure una muestra representativa de los mismos y que esté realizada de forma prospectiva. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de los diagnósticos hechos en las consultas de dermatología de los miembros de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y conocer la carga de actividad.

Metodología

Los datos de prevalencia de DIADERM se han obtenido mediante una encuesta anónima realizada a una muestra aleatoria y representativa de dermatólogos. El proyecto se ha coordinado desde el Grupo Español de Epidemiología y Promoción de la Salud en Dermatología de la AEDV en colaboración con la Unidad de Investigación.

A partir del listado de dermatólogos de la AEDV (2.224 en noviembre de 2015) se obtuvo una muestra aleatoria estratificada por secciones de la AEDV (las secciones se corresponden aproximadamente con las comunidades autónomas, pero agrupan las más pequeñas). En el muestreo se mantuvo la probabilidad de selección proporcional al número de dermatólogos de la sección.

Para maximizar la respuesta se realizaron anuncios por los canales de difusión de la AEDV, se contactó personalmente con todos los seleccionados a través de los coordinadores regionales del estudio, se ofreció una compensación previa⁷ por la participación y se realizaron varios recordatorios previos a la fecha de realización del estudio. Una vez que los seleccionados aceptaban participar se les instruía en la forma de recoger los datos. Cada uno de los participantes recogió todos los diagnósticos durante 6 días de consulta (19, 20, y 21 de enero y 18, 19 y 20 de mayo).

Para estimar porcentajes del 5 por 1.000 con una precisión de ± 2 por 1.000, y un IC del 95%, empleando un muestreo aleatorio simple, se necesitan datos de 4.778 consultas (asumiendo un único diagnóstico por paciente). Como las consultas están agrupadas por médico y es posible un cierto grado de correlación en los diagnósticos, se debe considerar el método de muestreo empleado (efecto de diseño). Se asumió un efecto de diseño próximo a 2.

En una publicación previa⁸ se estimó que el 97% de los dermatólogos son miembros de la AEDV y que el promedio de consultas diarias de un dermatólogo es de 23,6. Si cada dermatólogo visita aproximadamente 23 consultas por día, en 6 días se visitarán 138 pacientes, por lo que se necesitarían 35 médicos para hacer una estimación adecuada si el muestreo fuese aleatorio simple. Considerando el efecto de diseño serían necesarios 70 dermatólogos. Asumiendo un porcentaje de respuestas del 60% y ajustando por secciones la muestra de dermatólogos a contactar fue de 124.

En cada consulta el médico recogió los siguientes datos: diagnóstico que hace el dermatólogo mediante texto libre, si el paciente tenía menos de 18 años, si se había hecho por teledermatología o cita presencial, el motivo de consulta y los diagnósticos secundarios, en caso de que varios diagnósticos se realicen en el mismo paciente estos se marcaron como agrupados. Otras variables fueron si la consulta

se hacía en un sistema público o privado de salud (se consideraron del sistema público aquellas consultas en las que se les financia la medicación). Como muchos dermatólogos compaginan la actividad pública con la privada no se asoció este aspecto al dermatólogo, sino a la consulta. Finalmente se analizó el origen de las visitas: acceso directo sin consulta de filtro, consulta derivada de atención primaria, derivada de otro especialista y revisión. También se determinó el destino del paciente: alta, seguimiento por dermatólogo (incluyendo cirugía) o seguimiento por otro médico. No se recogieron datos personales o sobre tratamientos. La unidad de análisis fue el diagnóstico. Se recogieron los diagnósticos que fueron motivo de consulta y otros diagnósticos para los que se hubieran hecho prescripciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas. La encuesta fue anónima y no se obtuvo información de las características de los dermatólogos participantes ni del hospital o consulta a la que pertenecía.

La codificación la realizó un dermatólogo experto (AML) empleando CIE-10. En la base de datos se conserva la descripción textual del diagnóstico reflejada en la encuesta y la codificación. Se realizó también un control de calidad de la codificación de los datos mediante un muestreo aleatorio de encuestas. Además, todos aquellos diagnósticos sobre los que existieron dudas fueron revisados por 3 dermatólogos (YG, RT e IGD) con interés especial en codificación del grupo de E-Dermatología e Imagen de la AEDV.

El análisis estadístico se realizó teniendo en cuenta el diseño empleado para recoger la muestra, utilizando el módulo *survey* de Stata⁹. El módulo tiene en cuenta la obtención de errores estándar para datos correlacionados. Además, no hizo falta la corrección del ajuste para poblaciones finitas, considerando el número real de dermatólogos por cada sección de la AEDV al estar próxima a 1.

El estudio fue clasificado como no-postautorización (estudio no-EPA) por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la provincia de Granada (8 de octubre de 2014).

Resultados

El porcentaje de dermatólogos seleccionados en la aleatorización que enviaron sus resultados fue del 65% (80/124) en la primera fase de encuestas y del 59% (73/124) en la segunda.

Durante los 6 días que duró el estudio se recopilaron 11.223 diagnósticos, pero 224 fueron descartados al no ser codificables por ser procedimientos. Al final se obtuvieron 10.999 diagnósticos realizados en 8.953 pacientes, lo que representa una estimación total de 208.141 diagnósticos realizados en 169.517 pacientes para el total de los dermatólogos de la AEDV. Se presentarán los datos de la estimación basados en el total de los dermatólogos de la AEDV.

Sobre el control de calidad de la codificación de los datos, mediante un muestreo del 5% (621) de los datos, se encontró un porcentaje de errores mínimo (0,16%). Además todos aquellos diagnósticos en los que había dudas sobre la codificación (764,7%) más una muestra aleatoria (1231, 11%) fueron revisados por un grupo de dermatólogos con

Tabla 1 Distribución de las consultas dermatológicas mensuales estimadas por sección de la AEDV en España

Sección de la AEDV	Porcentaje de consultas dentro de España	Número aproximado de consultas mensuales
ACCL	8,5	52.928
Andaluza	15,1	93.966
Balear	2,2	13.611
Canaria	5,6	34.892
Catalana	13,7	85.360
Centro	16,9	104.933
Gallega	10,0	62.073
Murciana	0,8	5.236
VNAR	11,0	68.284
Valenciana	16,1	100.280
Total	100	621.562

AEDV: Academia Española de Dermatología y Venereología; ACCL: Astur cántabro castellano leonesa; VNAR: Vasco navarro aragonesa riojana.

interés especial en codificación del grupo de E-Dermatología e Imagen, encontrándose un 4% de errores (79/1995).

Incidencia estimada de consultas

Extrapolando los 6 días a 22 días hábiles en un mes, el número de pacientes estimados que consultan al dermatólogo en toda España por mes sería de 621.562 (IC 95%: 368,130-874,995) con un promedio de 28,2 (25,2-31,2) pacientes por día de consulta. Estas consultas se distribuyen geográficamente según la [tabla 1](#). La sección Centro y la Valencia son las que más consultas al mes tienen, con

más de un 16% sobre el total en cada una y más de 100.000 pacientes.

Características de las consultas

Durante los 6 días de consulta la estimación de diagnósticos realizados por todos los dermatólogos de la AEDV fue de 208.141 (122.342-293.939). Según los capítulos de clasificación de la CIE-10 se distribuyeron según la [tabla 2](#). En primer lugar aparecen las enfermedades de la piel, como es lógico, seguido de las neoplasias y de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Sin embargo, al utilizar una clasificación más detallada de distintas categorías que tiene la CIE-10 ([tabla 3](#)) tendríamos que el diagnóstico estimado más frecuente fueron las alteraciones de la piel (L57), y en particular las queratosis actínicas. En total se estimaron 16.972 casos (IC 95%: 10,434-23,511) durante los 6 días. En segundo lugar, con 16.756 (8.776-24.735), tenemos los cánceres de piel no melanoma (C44), en particular los carcinomas basocelulares.

La [tabla 3](#) muestra además cuáles fueron las 10 categorías más frecuentes, junto con la dermatitis atópica y la urticaria, que ocupan el lugar 11 y 28 respectivamente.

Tipo de consulta

Respecto al tipo de consulta el diagnóstico se realizó mediante consulta presencial en el 99% (97-99,7%) de los casos, mientras que la tele dermatología se utilizó en el 1% (0,3%-3,0%) de los diagnósticos.

Motivo de consulta

El diagnóstico principal realizado en la consulta fue en el 82,8% (80,7-84,7%) de los casos el motivo principal de la

Tabla 2 Distribución de los diagnósticos estimados en España según capítulos de la CIE-10, para los 6 días que duró la encuesta

Capítulos CIE-10	Número	Límite inferior (intervalo confianza 95%)	Límite superior (intervalo confianza 95%)
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (L00-L99)	123.621	74.166	173.076
Neoplasias (C00-D49)	52.766	31.054	74.477
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	20.407	11.553	29.260
Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)	2.006	1.034	2.978
Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)	1.985	1.109	2.861
Malformaciones congénitas... (Q00-Q99)	1.772	905	2.640
No clasificados bajo otro concepto (R00-R99)	1.321	761	1.880
Lesiones traumáticas... (S00-T88)	1.178	655	1.700
Enfermedades aparato musculoesquelético... (M00-M99)	725	301	1.149
Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)	721	209	1.233
Enfermedades endocrinas... (E00-E89)	522	323	722
Enfermedades de la sangre... (D50-D89)	378	42	715
Enfermedades del oído... (H60-H95)	286	123	450
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	283	98	468
Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F99)	114	18	209
Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)	56	0	121
Total	208.141	122.342	293.939

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

Tabla 3 Distribución de los diagnósticos estimados en España según categorías de la CIE-10, para los 6 días que duró la encuesta

Categorías CIE-10	Número de diagnósticos	Límite inferior (intervalo confianza 95%)	Límite superior (intervalo confianza 95%)
L57: Alteraciones de la piel (queratosis actínica, etc.)	16.972	10.434	23.511
C44: Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular, etc.)	16.756	8.776	24.735
D22: Nevus melanocíticos	15.668	9.246	22.091
L82: Queratosis seborreica	15.224	9.253	21.195
D23: Otras neoplasias benignas de piel (nevus SAI)	12.991	7.512	18.471
L40: Psoriasis	10.344	6.260	14.428
L70: Acné	10.209	5.996	14.423
B07: Verrugas víricas (verruca vulgar)	8.970	4.940	13.001
L81: Otros trastornos de la pigmentación (lentigo solar/Melasma)	8.211	4.410	12.012
L30: Otras dermatitis y las no especificadas (eccema SAI)	7.215	4.012	10.418
L20: Dermatitis atópica	5.170	2.660	7.681
L50: Urticaria	1.653	910	2.396
Otros	78.758	47.933	109.577
Total	208.141	122.342	293.939

consulta. Por su parte, el 17,2% (15,3-19,3%) de los diagnósticos que requirieron alguna actitud terapéutica se produjo como consecuencia de una consulta secundaria al dermatólogo.

Porcentaje de pacientes menores de 18 años

En la encuesta no se incluía la edad de los pacientes, pero uno de los datos que sí se registró era si el paciente tenía menos de 18 años. En el 11,7% (9,1-14,9%) de los casos los pacientes resultaron ser menores de 18 años. Los diagnósticos estimados para los menores de 18 vienen reflejados en la [tabla 4](#).

Consulta pública o privada

Otro dato importante que se estimó era si la consulta era del ámbito público o privado. En el 68,3% (55,7%-78,7%) de los casos las consultas se realizaron en el ámbito público, mientras que en el 31,7% (21,3-44,3%) el ámbito era la consulta privada. Al analizar los diagnósticos más frecuentes en la consulta privada fueron similares a los del ámbito público, siendo los 5 más frecuentes los siguientes: queratosis seborreica, otras neoplasias benignas de piel, nevus melanocíticos, otros trastornos de la pigmentación (lentigo solar/melasma) y alteraciones de la piel (queratosis actínicas).

Tabla 4 Distribución de los diagnósticos estimados en España según categorías de la CIE-10 en menores de 18 años, para los 6 días que duró la encuesta

Categorías CIE-10	Número de diagnósticos	Límite inferior (intervalo confianza 95%)	Límite superior (intervalo confianza 95%)
L70: Acné	3.680	2.011	5.350
L20: Dermatitis atópica	2.824	1.501	4.148
D22: Nevus melanocíticos	2.514	1.280	3.748
B07: Verrugas víricas (verruca vulgar)	2.511	1.232	3.791
B08: Otras infecciones víricas	1.304	587	2.021
D23: Otras neoplasias benignas de piel (nevus SAI)	1.164	433	1.894
L30: Otras dermatitis y las no especificadas (eccema SAI)	814	264	1.364
L21: Dermatitis seborreica	622	221	1.024
D18: Hemangioma y linfangioma	569	167	972
L81: Otros trastornos de la pigmentación (lentigo solar /melasma)	525	0	1.205
L40: Psoriasis	489	196	782
L82: Queratosis seborreica	337	0	929
L57: Alteraciones de la piel (queratosis actínica, etc.)	219	0	447
C44: Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular, etc.)	186	0	456
L50: Urticaria	154	0	337
Otros	6.342	2.301	10.383
Total	24.254	10.193	38.851

Tabla 5 Origen y destino estimado de los pacientes antes y después de consultar al dermatólogo, en España, para los 6 días que duró la encuesta

Origen del paciente	Porcentaje del total de diagnósticos IC 95% (pública y privada)	Porcentaje del total de diagnósticos IC 95% (pública)	Porcentaje del total de diagnósticos IC 95% (privada)
Acceso directo sin consulta de filtro	30,7 (22,1-41)	10,2 (7-14,9)	74,7 (66,5-81,4)
Consulta de primaria	31,2 (25,1-37,9)	42,3 (37,2-47,4)	6,7 (2,8-15,1)
Consulta de otro especialista	4,7 (3,9-5,6)	5,5 (4,2-7,2)	2,9 (1,7-4,9)
Dermatólogo (incluye revisión)	33,5 (29-38,3)	42 (37,4-46,8)	15,7 (10,7-22,4)
Destino del paciente	Porcentaje del total de diagnósticos IC 95% (pública y privada)	Porcentaje del total de diagnósticos IC 95% (pública)	Porcentaje del total de diagnósticos IC 95% (privada)
Alta	27,6 (23-32,8)	27,1 (23-31,6)	28,6 (20-39)
Consulta de primaria	4,7 (2,9-7,4)	6,4 (4,3-9,6)	1,2 (0,3-4,4)
Consulta de otro especialista	2 (1,5-2,8)	2,2 (1,8-2,8)	1,6 (0,8-3,2)
Dermatólogo (incluye revisión)	65,6 (59,3-71,4)	64,2 (58,1-69,9)	68,6 (57,4-78)

Tabla 6 Diagnósticos más frecuentes en función de si se trataba de un paciente nuevo o de revisión

Categorías CIE-10	Revisiones	Nuevo
C44: Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular, etc.)	11.716	5.040
L57: Alteraciones de la piel (queratosis actínica, etc.)	10.711	6.262
D22: Nevus melanocíticos	7.539	8.129
L40: Psoriasis	6.472	3.872
L70: Acné	6.037	4.172
L82: Queratosis seborreica	5.614	9.610

Origen de los pacientes

La parte superior de la [tabla 5](#) muestra en porcentajes cuál era el origen estimado de los pacientes antes de consultar con el dermatólogo, que muestra diferencias en caso de analizar el ámbito público o privado. El principal origen en el ámbito público es la consulta de atención primaria (42,3%), mientras que en el ámbito privado es el acceso directo al especialista sin consulta de filtro (74,7%). En relación con las revisiones como origen del paciente, el porcentaje se situó en el 42% para el ámbito público y el 15,7% para el privado. En la [tabla 6](#) se analizan los diagnósticos en función de si el paciente acudía por primera vez o se trataba de una revisión.

Destino de los pacientes tras la consulta

La parte inferior de la [tabla 5](#) muestra en porcentajes cuál fue el destino de los pacientes después de consultar con el dermatólogo. El principal destino fue una nueva visita con el dermatólogo, incluyendo las revisiones en casi un 66% de los casos. El alta solo se produjo en casi un 30% de los casos. La consulta hacia otro especialista tan solo llega al 2% de los

pacientes y la derivación al médico de atención primaria en casi el 5% de los casos.

Discusión

Este estudio ha permitido estimar que en España se visitan al mes más de 600.000 pacientes por dermatólogos de la AEDV, con un promedio de 28 pacientes por consulta. El diagnóstico más frecuente fue el de queratosis actínica, seguido de carcinoma basocelular y nevus melanocítico. La forma habitual de evaluar a los pacientes es mediante visita presencial y en menos del 1% de los casos se realiza tele-dermatología. En un tercio de los pacientes la consulta se realizó en el ámbito privado y el origen del paciente y el destino tras la consulta más frecuente fue el propio dermatólogo.

Destaca el número elevado de pacientes que se visitan al mes en España por dermatólogos de la AEDV. Estas cifras son algo superiores a las publicadas por el Ministerio de Sanidad en 2014 (últimos datos de actividad real disponibles)¹⁰, donde se indicaban un total de 5.177.878 consultas de dermatología al año en centros públicos y privados (hospitales y centros sin internamiento). Según este mismo informe, 910.624 (17,5%) consultas se realizarían en el ámbito privado, porcentaje inferior al indicado en nuestro estudio (31,7%) que podría ser explicado por sistemas de recogida de información del Ministerio de Sanidad que no incluyen todos los centros privados dermatológicos, de hecho la estadística sobre centros de atención especializada del Ministerio se elabora a partir de la información que remiten los centros adscritos al Catálogo Nacional de Hospitales, y muchos centros privados dermatológicos no lo están. En relación con las consultas totales, según los datos del ministerio, las de dermatología supondrían el 4,7% por detrás de otras especialidades con mayor volumen de pacientes como oftalmología, traumatología o ginecología¹⁰, pero por encima del resto de especialidades. En este trabajo también fue elevado el promedio de pacientes visitados al día por un dermatólogo,

pasando de 23,6 según un estudio previo⁸, a los 28,2 actuales.

El diagnóstico más frecuente en el estudio DIADERM ha sido el de queratosis actínica, con una estimación del 8,2%, seguido de carcinoma basocelular (8,1%) y nevus melanocíticos (7,5%). En una encuesta¹¹ multicéntrica realizada en los años 2013-2014 la prevalencia ambulatoria de queratosis actínica fue del 28,6% en pacientes de más de 45 años que asistían a las consultas de dermatología por cualquier motivo. En otros trabajos a nivel local, como el realizado en Mallorca, el diagnóstico más frecuente fue el de nevus melanocítico, seguido de queratosis seborreica y verruga vulgar³. En el caso de un estudio realizado en Granada en población mayor de 65 años el diagnóstico más frecuente fue el de carcinoma basocelular seguido de queratosis actínica y queratosis seborreica². En otro estudio realizado en 2006 en Barcelona los diagnósticos más frecuentes también fueron el de queratosis seborreica y nevus melanocítico¹².

En todos estos estudios se pone de manifiesto que la enfermedad tumoral o premaligna es el motivo más frecuente de consulta. Esto puede ser debido bien al aumento actual del cáncer cutáneo¹³ bien a la motivación por el diagnóstico precoz, consecuencia de las campañas de concienciación que se realizan desde la AEDV¹⁴. En este sentido, y probablemente debido a esas estrategias de prevención secundaria, se observa que en el grupo de los pacientes de revisión los diagnósticos de queratosis actínicas y de carcinoma basocelular son mayores que en los pacientes visitados por primera vez.

Sobre el origen de los pacientes que visitan al dermatólogo hay que destacar que en el ámbito público lo hacen a través del médico de atención primaria o mediante interconsulta de otro especialista (en total supone el 47,8% de las visitas), y en la sanidad privada suele ser por iniciativa propia (74,7%). En relación con el destino de los pacientes se indica revisión en más del 60% de las visitas, tanto en la pública como en la privada, porcentaje elevado teniendo en cuenta que cada vez se potencian más las visitas de acto único, sobre todo en el ámbito público.

Como limitaciones del estudio destacar el descenso en la participación de dermatólogos en el segundo ciclo del estudio, aunque los porcentajes de participación fueron bastante altos para este tipo de encuestas (por encima del 60%). Aunque los datos se recogieron en solo 6 días consideramos que al tratarse de una muestra aleatoria y representativa, y con un total de 10.999 diagnósticos, los resultados son bastante distintivos de la práctica clínica real en nuestro país. Por otro lado, las encuestas suelen tener cierto grado de error en la codificación, sobre todo si no hay doble entrada de datos; sin embargo, en nuestro estudio la calidad fue buena tras la revisión por el grupo de expertos que detectaron menos de un 5% de error. La ausencia de recogida de datos personales en las encuestas, como la edad y el sexo, hubiese aportado información interesante, pero complicaba la sistemática del estudio.

Como conclusión, se trata del primer estudio de ámbito nacional que analiza diagnósticos hechos en las consultas de dermatología de los miembros de la AEDV, mostrando una alta carga asistencial y siendo los diagnósticos más frecuentes las queratosis actínicas, carcinomas basocelulares y nevus melanocíticos. Dicha información será útil para

realizar una correcta planificación sanitaria y aprovechamiento de los recursos disponibles, además de para planificar futuros estudios.

Financiación

El estudio DIADERM está promovido por la Fundación Piel Sana de la AEDV, que ha recibido ayuda económica de Novartis. La compañía farmacéutica no ha participado en la recogida de datos, ni en el análisis de los datos, ni en la interpretación de los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

El proyecto DIADERM ha sido posible gracias a la colaboración de los coordinadores regionales del proyecto y de los participantes.

Coordinadores de las secciones: Agustín Buendía, Pablo Fernández-Crehuet, Husein Husein-ElAhmed, Jesús Vega, Agustín Viera, José Manuel Carrascosa, Marta Ferrán, Enrique Gómez, Lucía Ascanio, Ignacio García Doval, Salvador Arias-Santiago y Yolanda Gilaberte.

Participantes: Juan A. Sánchez, Amalia Serrano, Rosa Castillo, Ramón Fernandez, José Armario, Carolina Lluç Cantalejo, Cristina Albarrán, María Cruz Martín, Juan Antonio Martín, Román Barabash, Lara Pérez, Manuel Salamanca, Carlos Hernández, José Francisco Millán, Inmaculada Ruiz, Susana Armesto, Marta González, Valia Beteta, Concepción Cuadrado de Valles, Pilar Cristóbal, María Magdalena Roth, Juan Garcias, Ricardo Fernández de Misa, Estela García, María del Pino Rivero, José Suárez, Birgit Farthmann, Alba Álvarez, Irene García, Caridad Elena Morales, María Cristina Zemba, Trinidad Repiso, Carmen Sastre, María Ubals, Alejandro Fernández, Urbà González, Ramón Grimalt, Sara Gómez, Ingrid López, Franco Antonio Gemigniani, María José Izquierdo, Fernando Alfageme, Nuria Barrientos, Laura María Pericet, Santiago Vidal, Celia Camarero, Pablo Lázaro, Cristina García, María Pilar de Pablo, Pedro Herranz, Natalia del Olmo, María Castellanos, Natalia Jiménez, Sonsoles Aboín, Isabel Aldanondo, Adriana Juanes, Dulce María Arranz, Olga González, Luis Casas, Juan José Vázquez, Carmen Peña, José Luis Cubero, Carlos Feal, María Eugenia Mayo, Nicolás Iglesias, Rafael Rojo, Elfidia Aniz, Sabrina Kindem, Nerea Barrado, Marisa Tirado, Ester Quecedo, Isabel Hernández, Antonio Sahuquillo, Rebeca Bella, Ramón García, Anaid Calle, Francesc Messeguer, Alberto Alfaro, Luisa Casanova, Libe Aspe, María Pilar Moreno, Izaskun Trébol, Gonzalo Serrano, Víctor Manuel Alcalde, Patricia García y Carmen Coscojuela.

Bibliografía

- Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Skin conditions in primary care: An analysis of referral demand. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:271–5.

2. Husein-ElAhmed H, Arias-Santiago S, Burkhardt Pérez P, Naranjo Sintés R. Análisis descriptivo de los motivos de consulta dermatológica en pacientes mayores de 65 años en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada. *Piel*. 2010;25:65–8.
3. Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila ITA. [Dermatology service utilization and reasons for consultation by Spanish and immigrant patients in the region served by Hospital Son Llatzer, Palma de Majorca Spain]. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:323–9.
4. Hernandez-Martin A, Garcia-Doval I, Aranegui B, de Unamuno P, Rodriguez-Pazos L, Gonzalez-Ensenat MA, et al. Prevalence of autosomal recessive congenital ichthyosis: A population-based study using the capture-recapture method in Spain. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:240–4.
5. Palau-Lazaro MC, Buendia-Eisman A, Serrano-Ortega S. [Prevalence of congenital nevus in 1000 live births in Granada Spain]. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:81 Spanish.
6. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS Jr, Bolognia JL, Hodge JA, Rohrer TA, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:958-972 e2.
7. Pit SW, Vo T, Pyakurel S. The effectiveness of recruitment strategies on general practitioner's survey response rates - a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14:76.
8. AEDV. Libro blanco de la dermatología. Madrid: Loki & Dimas; 2008.
9. StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
10. Estadísticas de centros sanitarios de atención especializada. Hospitales y centros sin internamiento: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
11. Ferrandiz C, Plazas MJ, Sabate M, Palomino R, Group ES. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:674–80.
12. Macaya-Pascual A, Lopez-Canos R, Lopez-Piqueras S, Gomez S. [Analysis of the reasons for consultation and dermatology care cost in a primary care site]. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:569–72.
13. Martin Garcia E, Arias-Santiago S, Serrano-Ortega S, Buendia-Eisman A. Changes in the incidence of skin and lip cancer between 1978 and 2007. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:335–45.
14. Buendia-Eisman A, Conejo-Mir J, Prieto L, Castillejo I, Moreno-Gimenez JC, Arias-Santiago S. Buen Rayito Study: Awareness, attitudes and behavior of teenagers to sunlight through a web based system in Spain. *Eur J Dermatol*. 2013;23:505–9.